FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1917 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Eugène LE GALL

Né à l'Ile Maurice, le 12 avril 1889

DE LA GROSSESSE
ET DU PALUDISME

Président : M. BAR, *Professeur*.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1917

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU HARTMANN N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICART
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

97

A la Mémoire de mes GRANDS-PARENTS

A la Mémoire de ma chère TANTE

Regrets éternels.

A MON PÈRE et a MA MÈRE

Bien faible témoignage de reconnaissance et d'amour filial, pour tous leurs sacrifices à mon égard.

A MA FEMME CHÉRIE

En gage d'un dévouement et d'un amour sans bornes, que rien ne pourra jamais altérer.

A la Mémoire de mon Beau-Père

PAULIN AIGOIN DE MONTREDON

Avocat-Président du Tribunal Civil,
Officier des Palmes académiques.

Trop tôt enlevé à notre affection.

A MA BELLE-MÈRE

Modeste témoignage de ma vive affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR P. BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

PRÉFACE

En prenant la plume pour rédiger cette thèse, la première pensée qui nous vient à l'esprit, c'est une pensée de reconnaissance, envers nos Maîtres, qui ont su par leur enseignement, leur bienveillante sollicitude, leur patience, nous éclairer sur cette science, qu'est la Médecine.

Monsieur le Professeur Bar, qui nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, voudra bien recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

C'est à Monsieur le Professeur agrégé Jeannin, qui par sa bienveillance coutumière a bien voulu nous guider dans nos premières recherches, que nous adressons ici nos remerciements bien sincères et l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous remercions aussi bien vivement notre cher maître, le docteur P. Dalché, Médecin de l'Hôtel-Dieu qui, le premier a guidé nos pas, dans la clinique médicale, pour toutes les marques de bienveillance dont il a voulu nous honorer, et dont nous garderons le souvenir.

A Monsieur le Professeur agrégé Thierry nous exprimons nos vifs remerciements pour les intéressantes leçons qu'il nous a faites et les connaissances chirurgicales qu'il nous a permis d'obtenir, pendant notre stage à la Pitié.

A notre honoré chef, le docteur Mayet, Chirurgien de l'Hôpital Auxiliaire n° 7, toute notre reconnaissance et nos respectueuses sympathies.

Je croirais n'avoir pas rempli complètement mon devoir, si je ne venais ici remercier notre compatriote, Monsieur F. Jadin, Professeur à l'école de pharmacie de Montpellier, qui par sa bonté et ses conseils amicaux, a su écarter de notre route toutes les pierres qui en rendaient la voie difficile.

AVANT-PROPOS

Le sujet que nous voulons traiter dans cette thèse, n'offrait, il y a quelques années encore, que peu d'intérêt en France, car le paludisme et tous ses méfaits y étaient à peu près inconnus. Mais depuis que cette terrible guerre s'est déchaînée, nos vaillantes armées ont dû se rendre en Orient, et nul n'ignore que le paludisme y sévit là d'une façon constante. Or, parmi nos braves combattants, il y en a qui ont été atteints de ce mal et qui ont dû être rapatriés en France, et tant que la guerre durera, il est à craindre que cet état de choses ne persiste, les moyens prophylactiques sur les champs de bataille étant très difficiles à appliquer avec succès.

Que va-t-il advenir? Tous ces malheureux infectés par le germe paludique, autrement dit l'hématozoaire de Laveran, retourneront parmi les leurs. Ceux qui se soumettront au traitement, ou qui l'auront déjà subi seront pour la plupart ainsi guéris, c'est-à-dire non contagieux. Mais ceux, et malheureusement, ils seront en plus grand nombre, qui retourneront chez eux, dans leurs familles, leurs champs, et qui ne voudront pas suivre le traitement, ce sont eux, qui, bien inconsciem-

ment peut-être, vont être les propagateurs du paludisme car le moustique anophèles, vulgairement appelé le moustique des champs, par sa piqûre sur un paludique, deviendra au bout de quelques jours, infectieux et transmettra ainsi le mal de personne à personne; la femme en état de grossesse, ne sera pas plus à l'abri qu'une autre, elle contractera le mal; et comme nous allons le voir dans les pages qui vont suivre, un des méfaits du paludisme, c'est celui qu'il cause sur la femme en état de grossesse.

Il est une question, capitale en ce moment, et dont chacun s'occupe et s'inquiète à juste titre, c'est la diminution de la natalité. C'est pourquoi nous avons cru intéressant de traiter ce sujet, car une femme en état de gestation, atteinte de paludisme, a non seulement sa propre existence menacée, mais de plus celle de son enfant, car dans plus de la moitié des cas, l'avortement ou l'accouchement prématuré se produira.

La preuve de cette action nocive du paludisme nous est fournie par la faible natalité que l'on observe proportionnellement au nombre des habitants dans les régions où le paludisme règne.

Comme nous le verrons dans les pages qui suivront, l'enfant, même serait-il à terme n'en est pas moins à l'abri du danger, car l'enfant né d'une paludique, est paludique lui-même. (Dumollard et Viallet).

Par ce court exposé, nous pouvons nous faire une idée, combien le danger est grand. Deux vies sont menacées, celle de la mère et celle de l'enfant. Or en ce temps-ci, plus que jamais, l'existence ne serait-ce que

d'un seul être, est à considérer, car avec ce terrible fléau qu'est la guerre, que faudra-t-il maintenant pour que la France en sorte de là, plus belle, plus forte que jamais? « Des enfants, et encore des enfants » et le paludisme, ce fléau d'après guerre, menaçant la natalité, nous avons cru utile d'exposer ce sujet, non point parce qu'il est insuffisamment mis en lumière, mais pour nous efforcer d'y attirer encore le plus d'attention possible.

HISTORIQUE

L'histoire de l'influence réciproque du paludisme, sur la grossesse ne date pas d'aujourd'hui. Déjà Hippocrate, le père de la médecine, la signalait dans son traité « Des airs, des eaux et des lieux » : « Les femmes atteintes de cachexie palustre conçoivent difficilement, leur accouchement est laborieux, le flux qui suit les couches, ne se fait pas chez elles, d'une façon avantageuse ». Il constate aussi la fréquence de l'avortement et attribue cet accident à une action analogue à celle des autres maladies aiguës qui la produisent.

Pendant fort longtemps pourtant, la question au sujet de l'action des fièvres intermittentes sur la grossesse, a été fort discutée, et la croyance générale était « que l'état de grossesse créait pour la femme, vivant dans un pays où régnait le paludisme une immunité complète ».

Griesinger et autres confirmaient cette immunité. Quadrat, Mendel, Crédé, la considéraient comme très fréquente.

Depuis, la coexistence de ces deux états a été reconnue et tous les auteurs sont unanimes à l'admettre.

Mauriceau, en 1690 publia l'observation suivante :

« J'ai accouché une femme d'un petit enfant masle de huit mois, dont la naissance avoit esté accélérée d'un mois entier par plusieurs accès de fièvre que la mère avoit eus, quelques temps auparavant, pour la guérison de laquelle fièvre elle avoit été obligée de prendre du quinquina. Ce petit enfant ne vécut que peu de jours non pas à cause qu'il estoit venu au terme de huit mois, auquel on croit abusivement que les enfants ne peuvent pas vivre, mais parce que, après avoir été déjà beaucoup débilité par la maladie que la mère avoit eue, etc., etc... »

On voit donc par la publication de cette observation que, non seulement la femme en état de grossesse est susceptible de contracter le paludisme, mais de plus que l'accouchement prématuré s'est produit, suivi de mort de l'enfant.

Dans les pages qui suivront, nous verrons (chose qui était à peu près ignorée de ce temps, puisque Mauriceau dans son ouvrage de 1728 n'en parle même pas) que le paludisme peut être « congénital et héréditaire » ce qui explique la fréquence de mortalité chez les nouveaunés, et encore plus chez ceux nés prématurément.

Schuring, en 1728, signala un cas d'impaludisme survenu chez une femme enceinte.

Astruc, en 1765, dans son « Traité des maladies des femmes » signale l'influence fâcheuse de la fièvre intermittente sur la grossesse, en l'interrompant et en causant l'avortement.

Ritter, en 1867, admet que la grossesse ne constitue pas une immunité, et que la fièvre paludéenne en ce cas se présente le plus ordinairement sous la forme aiguë.

Puis viennent les observations de *Franck*, *Hoffmann*, *Hébrard*, *Guiet*, *Jacquemier* et *Verneuil*, qui considèrent la forme aiguë du paludisme comme pouvant produire l'interruption de la grossesse.

Mais *Verneuil*, tout en reconnaissant que les deux états « grossesse et impaludisme » peuvent exister mentionne « que ces états, l'un pathologique et l'autre physiologique peuvent très bien évoluer côte à côte, sans que le pronostic en soit plus grave pour la mère ou pour l'enfant ».

Depuis, nombre d'observations sont venues prouver l'influence néfaste du paludisme sur la grossesse.

Duboué (de Pau), en rassemblant plusieurs observations, conclue de plus à l'influence réciproque du paludisme sur la grossesse.

Bouchut, en 1787, dans son « Traité des maladies du nouveau-né » cite le fait d'une femme, qui était paludique et devint grosse quelques temps après, accoucha à terme d'un enfant paludique, débile avec un ventre gros et distendu. Cet enfant mourut à l'âge de 22 mois, et l'autopsie révéla une rate énorme pesant 9 livres.

Pitre-Aubinais, en 1856, rapporte des cas de paludisme congénital très intéressants, avec cachexie précoce et accès semblables à ceux de la mère.

Playfair, en 1857, cite le cas d'une femme atteinte de fièvre intermittente quotidienne et qui mit au monde un enfant qui avait une rate volumineuse.

Nous arrivons ainsi en 1885, où *Bonfils* dans sa remarquable thèse, réunit 140 observations (parmi lesquelles nous en emprunterons quelques-unes, pour

compléter l'étude qui nous occupe ici). Dans 33 observations le fœtus était mort.

Il semble le plus souvent que l'interruption de la grossesse soit due à la mort du fœtus (La Pratique de l'art des accouchements. P. Bar).

Pasquali, sur 34 observations de grossesse avec paludisme note six fois seulement l'accouchement à terme.

Le Professeur Burdel, en 1876, appelle l'attention sur une forme cardiaque d'intoxication paludéenne, pendant la grossesse, avec forte tachycardie ayant amené la mort.

Casset, en 1891 cite plusieurs observations de récidive de fièvre intermittente par traumatisme puerpuéral.

Chambrelent (1894) au cours d'une leçon à l'hôpital St-André, sur le « paludisme et la grossesse » en fit bien ressortir les accidents, et exposa le fait d'une grossesse réveillant un cas de paludisme qui semblait guéri depuis quatre ans.

Dock (1898), publia une intéressante observation dans le *Philadelphia Medical Journal* sur l'avortement par la Malaria.

En *1901*, *J. Crespin*, à l'hôpital de Mustapha, signale deux cas de « paludisme sur la grossesse ». Dans le premier cas, l'enfant est mort peu après avoir été mis au monde, et dans le *second*, l'enfant était mort-né et macéré.

Steuber rapporte qu'en Afrique Orientale 50 p. 100 des enfants meurent avant l'âge de quatre ans, de cachexie paludéenne.

Cordamatis-Louros (1903) font une une intéressante communication au sujet de l'influence néfaste que cause le paludisme sur la grossesse.

En *1905*, le Dr *Blin*, de Mayotte, signale que les femmes créoles sont toutes impaludées, et que les avortements sont très fréquents chez elles.

En *1909 Laffont*, dans son intéressante thèse, donne un clair aperçu sur le « paludisme congénital et héréditaire ».

En la même année, *Legagneur* dans sa thèse, cite des observations qui sont dignes d'intérêt, au sujet des « rétractions de l'Anneau de Bandl dans certains cas de paludisme ».

Enfin, nous ne saurions, avant de terminer cet Historique, oublier de mentionner les noms de Laveran, Ross, Manson, Kielsch et Kiener, qui sont désormais immortels dans l'histoire du paludisme.

FRÉQUENCE DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE

La grossesse crée-t-elle une prédisposition au paludisme, ou une immunité? Cette question a été sujette autrefois à bien des discussions, et les nombreuses observations provenant des divers milieux, n'avaient amené qu'à des conclusions différentes.

Les auteurs allemands ayant constaté très peu de cas de paludisme chez les femmes enceintes, avaient voulu prouver que l'état puerpuéral constituait une immunité à l'égard de l'infection paludéenne. Quadrat, Mendel, Crédé et autres étaient de cet avis.

Ritter, au contraire, admet que la grossesse ne met pas à l'abri de la Malaria.

Les médecins italiens, d'accord avec Ritter, rapportent des faits concluant à la non-immunité.

Pitre-Aubinais (1) et Burdel (2) non seulement nient l'immunité, mais affirment de plus l'existence d'une prédisposition, en raison de l'état d'affaiblissement et de dépression que la grossesse exerce sur l'organisme

(1) Journal de Méd. de Nantes, 1850.
(2) Recherches sur la fièvre paludéenne, 1864.

et ils ajoutent que cette prédisposition doit augmenter avec l'âge de la grossesse, et ils étaient amenés à conclure que la femme demeurée indemne échappait à l'intoxication pendant les premiers mois, et que l'impaludisme ne se manifestait que dans les derniers mois.

Les observations que nous publions ci-après et parmi lesquelles nous constatons des symptômes de paludisme, aussi bien au début qu'à la fin de la gestation, font que nous ne pouvons confirmer tout à fait cette opinion.

Depuis, nombreux sont les ouvrages parus, et les observations publiées, qui tendent à prouver que l'état d'immunité du paludisme n'existe pas à l'égard de la grossesse.

Quant à la *prédisposition*, quelques rares faits probants font que nous pensons à sa réalité possible.

Mais le fait, admis aujourd'hui par tous les auteurs, c'est qu'une femme, à n'importe quel moment de sa gestation, est susceptible, tout comme le commun des mortels, de contracter le paludisme, et cela aussi bien au début qu'à la fin de sa grossesse.

INFLUENCE DU PALUDISME SUR LA GROSSESSE

Quelle est l'influence du paludisme sur la grossesse?

Les opinions à ce sujet ont été autrefois bien partagées, et il y a encore quelques années, tous les auteurs n'étaient pas du même avis.

Hippocrate pourtant signalait comme influence unique « l'avortement fréquent ». Benjamin Verneuil, dans sa thèse, admet que la fièvre intermittente et l'état de gestation peuvent évoluer côte à côte, sans danger pour l'enfant.

Justus Schraume partage cette opinion et affirmait même que l'impaludisme n'avait aucune action sur la grossesse.

Bonfils (1) croit que l'intoxication aiguë n'a, la plupart du temps aucune influence sur la marche de la grossesse et attribue la cause de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, à l'intoxication par le paludisme chronique. Guiraud et David considèrent que les accès intermittents produisent très fréquemment l'avortement ou l'accouchement prématuré.

(1) Thèse de Paris, 1885.

Depuis, de nombreux travaux, et des observations, sont venus confirmer l'ancienne théorie d'Hippocrate, à savoir : l'influence néfaste du paludisme sur la grossesse. De plus, les anciens auteurs attribuaient la cause de l'avortement, à une action analogue à celle des autres maladies aiguës et infectieuses qui le provoquaient. A cet argument, les auteurs nouveaux en ont ajouté un autre : « C'est que chez les femmes en état de gestation, et ayant contracté le paludisme, l'accouchement prématuré, est encore plus fréquent que l'avortement ».

J. Crespin (1) au cours d'une leçon faite à l'hôpital de Mustapha, mentionne que le paludisme est une complication très sérieuse de l'état puerpuéral en général, de la grossesse en particulier.

A ne considérer que l'accès de fièvre, on conçoit que le frisson, par les secousses violentes qu'il imprime à tout l'organisme puisse provoquer des contractions utérines, prélude de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

Dans le stade de chaleur, les dangers ne sont pas moindres. Une température de 40° étant une cause de grande souffrance pour le fœtus, souffrance qui, comme nous le verrons au cours de cette étude, amène la plupart du temps la mort du fœtus.

Mais la malaria agit encore d'une façon plus générale sur l'organisme. C'est, nous le savons, une des maladies, les plus déglobulisantes que l'on connaisse, et au cours d'accès violents, il est fréquent, pour ne pas dire habituel, de voir se produire une débilitation, une

(1) Bull. Méd., 16 février 1901.

anémie profonde, aboutissant à cet état d'amaigrissement, de déchéance, que l'on nomme la « cachexie palustre ». Il est donc facile de comprendre, que ce sont là des circonstances susceptibles par elles-mêmes d'aggraver le pronostic de la grossesse.

Le paludisme agit donc, non seulement sur la mère, mais aussi sur le fœtus.

La transmission se fait à travers le placenta, et Laveran dans son « Traité du paludisme » nous en donne l'explication.

« On comprend, dit cet auteur, que les hématozoaires du paludisme, qui à leur première phase de développement sont à l'état de corpuscules amiboïdes, très petits, libres, ou intimement accolés aux hématies, puissent eux aussi franchir le placenta. La transmission du paludisme de la mère au fœtus se concilie donc très bien avec les notions que nous possédons aujourd'hui sur la nature parasitaire de la maladie ».

Bonfils, dans sa thèse, cite le cas de Pascali ; ce dernier aurait observé sur 34 cas de paludisme chez les femmes enceintes, 25 accouchements prématurés, 3 avortements, et seulement 6 accouchements à terme.

Par cette statistique, il est aisé de se rendre compte quels dangers la malaria fait courir.

Le Docteur Blin (1) mentionne qu'à Mayotte, les femmes créoles sont toutes impaludiées, et que les avortements sont très fréquents chez elles, et que lorsqu'elles parviennent à mener leur grossesse à terme, elles don-

(1) Annales d'Hygiène et Méd. col. 1915.

nent le jour à des enfants chétifs, et sans aucune résistance.

Le Docteur Le Juge, qui a exercé durant de nombreuses années à l'Ile Maurice, affirme que l'avortement est la règle presque toujours, et que bien souvent, malgré une médication énergique, la mère était rarement sauvée, lorsqu'il s'agissait d'accès violents.

Nous trouvons dans cette dernière opinion, un peu d'exagération ; il est certain que les dangers courus sont grands, mais le paludisme, surtout si une médication énergique intervient à temps n'entraîne pas ainsi fatalement à la mort, même s'agirait-t-il d'accès pernicieux.

Mais cela n'empêche que la proportion de mortalité est grande, et mon père, qui a exercé bien des années à l'Ile Maurice, nous fait savoir que l'avortement ou l'accouchement prématuré survenait dans 50 p. 100 des cas, à la suite d'accès répétés, le plus souvent, et que la vie de la mère était toujours en danger et que seule une médication énergique au début pouvait sauver la malade.

Le Professeur Bar, dans son « Traité de l'Art des accouchements », porte à notre connaissance le fait suivant, à savoir que la cachexie palustre peut prendre pour ainsi dire, une marche aiguë, et causer la mort quelques jours après l'accouchement, et même parfois avant le terme de la grossesse.

Capuron, Jacquemier, Cazeaux et tous les auteurs modernes, parmi lesquels Tarnier et Pinard, soutiennent la même opinion.

Un premier fait donc, est bien nettement établi, à savoir, *la fréquence de l'avortement ou de l'accouchement prématuré chez les femmes atteintes de paludisme.*

Il nous reste maintenant à connaître la cause pour laquelle ces accidents se produisent.

A quoi faut-il attribuer cette interruption de la grossesse par le paludisme?

D'après certains auteurs, la congestion utérine, jouerait le plus grand rôle! Burdel croit à l'ébranlement nerveux. Goth et autres à l'élévation de la température maternelle.

Les médecins italiens admettent trois causes :

L'*Anémie* plus ou moins marquée de la malade. L'*hyperthermie* et le *Frisson.*

Cardamatis (1) est de la même opinion et il ajoute que l'utérus, par le fait de la cachexie palustre, devient atonique, faible, et que l'accouchement traîne en longueur, d'où danger pour la mère et l'enfant.

Dupuy (2) n'accuse que l'anémie seule, et il en donne une théorie très élégante : L'organisme de la mère, dit-il, étant plus affaibli, les besoins du fœtus augmentant à mesure qu'il se développe, les échanges deviennent insuffisants, et la nature semble vouloir se debarrasser du produit de la conception, pour empêcher la mère de succomber à l'état continuel d'épuisement.

De toutes ces théories que nous venons de mentionner, et d'après les observations que nous publions, il en

(1) Bull. Méd. 12 déc. 1903.
(2) Thèse, Montpellier 1879.

découle, que nous ne pouvons admettre que la congestion utérine, joue un rôle dans l'interruption de la grossesse, vu que jamais ces accidents ne furent accompagnés ou précédés d'hémorragie.

Nous ne saurions invoquer davantage le frisson, ayant pour cause le décollement du placenta ; tout au plus, pourrait-il provoquer quelques contractions utérines, et encore n'en sommes-nous pas très certains.

Quant à l'hyperthermie, elle est une cause, mais une cause indirecte de l'interruption de la grossesse, en ce sens qu'elle amène fréquemment la mort du fœtus.

Les faits cliniques viennent de démontrer dans ces dernières années que l'infection paludéenne, pouvait atteindre le fœtus *in utéro* (P. Bar).

Les observations de Jacquemier, Playfair, Economos, et tout dernièrement Dumollard, Viallet, Laffont, Tissier et Brumpt, ont prouvé, d'une façon indiscutable, que le paludisme était, non seulement congénital, mais de plus héréditaire.

Il nous est donc facile maintenant de comprendre le mécanisme de l'interruption de la grossesse. Le paludisme, qui n'est au fond qu'un empoisonnement du sang a, comme la plupart des agents infectieux, un poison qui a une action directe sur la contractilité utérine, mais ce n'est pas seulement par ce mode, que l'interruption de la grossesse est produite, le plus souvent encore, c'est en provoquant la mort du fœtus.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE PALUDISME

Nons venons de voir, dans le chapitre précédent, l'influence du paludisme sur la grossesse, et nous allons maintenant examiner une autre influence, c'est celle de la grossesse sur le paludisme.

Le paludisme est défini (1) : L'ensemble d'états morbides simulant presque toutes les maladies et ayant pour cause le développement des diverses espèces de plasmodies, dans les globules sanguins. Ces états morbides ont comme caractères communs : la fièvre, généralement intermittente, l'anémie, l'hypertrophie de la rate et du foie et enfin le dépôt de pigment noir dans les viscères et les téguments.

Il nous est permis de penser avec Pitre Aubinais et Burdel, que la grossesse, par la dépression qu'elle exerce sur l'organisme, par l'anémie qu'elle provoque, doit avoir une action sur la malaria.

Il est certain que la fatigue de l'évolution de la gestation, prépare au germe paludique un excellent terrain de développement.

(1) Brumpt, *Parasitologie*.

De quelle façon s'exerce cette action ?

Kielsch et *Kiener* nous enseignent « qu'elle peut se traduire non pas seulement par la gravité des fièvres, mais aussi, dans de nombreux cas, par leur tendance au retour, par des lésions persistantes de la rate et du foie, dues aux dépôts de pigment qui s'effectuent sans cesse dans ces organes » (1).

Pitre Aubinais va même plus loin, et affirme que les accès simples se transforment en accès pernicieux pendant la grossesse. Il y a certainement exagération, car de l'avis de tous ceux qui ont vécu dans les pays chauds, il n'est pas fréquent de voir cette transformation, surtout si la malade a pu être mise à l'abri de réinoculation.

Il est un fait évident, que les accès cèdent moins vite à la médication ordinaire dans l'état de grossesse, et même il est assez fréquent de voir les accès se répéter plus souvent; c'est cette répétition des accès, qui entraîne le passage de la forme aiguë à la phase chronique de l'intoxication.

Là, alors s'établissent ces névralgies, que rien ne peut expliquer ; la cachexie dans ce cas est alors précoce, et provoque fatalement l'expulsion du fœtus.

C'est en termes affirmatifs que Le Dantec et Catrin s'expriment :

« La grossesse, disent-ils, peut non seulement réveiller, mais encore transformer le paludisme, et les suites de couches sont toujours traversées par des retours au paludisme ».

(1) *Kielsch* et *Kiener*, Traité des maladies des pays chauds.

L'observation IV, que nous publions, nous donne un aperçu bien net de cette influence de la grossesse sur le paludisme, nous voyons qu'il s'agit d'une femme qui a eu autrefois des fièvres intermittentes dont elle a guéri d'une façon complète, grâce à un traitement approprié. Cette guérison est telle qu'elle peut mener quelques mois après sans incident, une grossesse à terme.

Sept ans s'écoulent ; elle quitte le pays où elle a contracté les accès pernicieux et n'y songe pour ainsi dire plus. Elle vient habiter une région où ces accidents sont à peu près inconnus ; survient une nouvelle grossesse et voilà tout à coup les accidents fébriles qui reparaissent. Cette observation n'est pas unique, car nous voyons dans la thèse de Bonfils, neuf observations de femmes enceintes chez lesquelles les accidents palustres qui avaient existé autrefois, se réveillèrent sous l'influence de la grossesse.

Tous ces faits que nous venons de relater, ne sont pas faits pour nous surprendre, car si nous nous rappelons les recherches de Verneuil, relations à l'influence du traumatisme, sur le paludisme et dont l'effet est d'en réveiller le plus souvent les manifestations. Or, comme il a été souvent dit, l'accouchée n'est qu'une blessée; et il serait étrange de voir l'accouchement avoir chez les femmes atteintes de paludisme, une action qui ne serait pas celle du traumatisme (1).

Avant de terminer cette étude, nous voudrions dire

(1) Gaz. Hebd : Méd. et Chirurgie. J. Chambrelent 1894.

aussi quelques mots, sur les accidents qui peuvent apparaître, non seulement immédiatement après l'accouchement mais aussi pendant toute la période des suites de couches, accidents dont la connaissance est d'une importance capitale, car pour ceux qui l'ignorent, ils pourraient être confondus avec les débuts de l'infection puerpuérale.

Or, nous savons que cette infection, autrefois si fréquente est devenue aujourd'hui exceptionnelle. Il n'en est pas moins vrai que nous voyons encore dans quelques cas la fièvre atteindre les nouvelles accouchées, et nous en sommes alors très justement effrayés, car c'est un indice de l'infection puerpuérale, dont nous connaissons la gravité; aussi lorsque nous pouvons trouver ailleurs la cause de cette fièvre, en éprouvons-nous un grand soulagement. C'est justement le cas de ces femmes atteintes de paludisme, et comme nous venons de le dire, il n'est pas rare de voir chez elles, les accès intermittents, endormis depuis longtemps, se réveiller pendant les suites de couches et disparaître alors, sous l'influence d'un traitement approprié, dont nous allons dire quelques mots dans notre dernier chapitre.

TRAITEMENT

Dans le traitement du paludisme pendant la grossesse, deux cas peuvent se présenter à nous ; ou nous avons affaire aux premières manifestations du paludisme survenant, pendant la grossesse, chez une femme demeurée indemne jusqu'au moment de la conception ; ou bien il s'agit d'une femme, déjà impaludée depuis un temps plus ou moins long, avant sa gestation.

Dans le premier cas, ce qu'il faut, c'est de supprimer les accès, d'enrayer la marche progressive, et d'en prévenir la reproduction ; tâcher d'éviter en un mot que la phase d'intoxication palustre, source des accidents énumérés dans les chapitres précédents, ne succède à la phase aiguë.

Dans le second cas, nous devons combattre l'anémie, provoquée alors, non seulement par le paludisme, mais de plus par l'état de grossesse.

Nous n'entrerons pas ici dans les considérations des auteurs anciens, qui considéraient la quinine comme ocytocique, et pouvant même provoquer le travail, d'où son non emploi chez les femmes enceintes, et les graves conséquences qui en résultaient, lorsqu'il s'agissait de paludiques. — Si parfois, il est arrivé qu'à la suite d'un traitement par la quinine, il y a eu avorte-

ment ou accouchement prématuré, il s'agit là d'une simple coïncidence, croyons-nous, et nous sommes du même avis que les médecins algériens, qui admettent que ce n'est pas la quinine qui fait avorter, ou accoucher prématurément, mais bien les fièvres, et surtout la paludéenne. — Tous les auteurs, du reste, à l'heure actuelle, même les partisans les plus convaincus de l'action abortive de la quinine, recommandent son emploi dans les formes pernicieuses. — Les conclusions des études faites jusqu'ici, sur les propriétés ocytociques de la quinine nous permettent d'utiliser ce médicament dans les cas de grossesse, compliquées de paludisme; nous savons, depuis les travaux de Pinard entr'autres, que la quinine n'est pas une abortif; son action ocytocique n'a lieu que lorsque le travail est déjà commencé. Laveran, nous fait savoir que la meilleure façon d'empêcher l'avortement est de traiter le paludisme en donnant de la quinine.

Il est donc de notre devoir, lorsque nous nous trouverons en face d'une grossesse compliquée de paludisme, de prescrire sans crainte ce remarquable alcaloïde, aussi bien lorsque nous soupçonnerons un paludisme prêt à se réveiller, que lorsque des accès de fièvre éclateront pendant la gravidité, et cela à la fin d'éviter de nouveaux accès, de prévenir la transmission au fœtus, et d'empêcher un avortement ou un accouchement prématuré.

Mais de quelle façon, la quinine doit-elle être administrée?

Plusieurs méthodes ont été dejà appliquées.

La méthode par doses fractionnées nous paraît indiquée pendant la grossesse, où les doses massives de quinine peuvent, comme dans le cas cité par Cardamatis, ne pas être sans inconvénients. Mais il s'agissait là, comme le reconnaît cet auteur probablement d'une idiosyncrasie.

Nous disons donc, que à titre prophylactique, afin d'éviter le retour d'accès chez une femme jadis impaludée, nous prescrirons de la quinine à raison de 15 à 20 centigrammes par jour, ou plutôt la quinine sous forme de quinquina additionnée de petites quantités d'arsenic.

La méthode de Laveran, pour celles qui sont sujettes à des accès et qui en ont continuellement, nous paraît être la meilleure, voici en quoi elle consiste :

Le 1er, 2e, 3e jour, 1 gramme par prise de 50 centigrammes.

Le 4e, 5e, 6e, 7e jour, repos.

Le 8e, 9e, 10e jour, 80 centigrammes par prise de 40 centigrammes.

Le 11e, 12e, 13e jour, repos.

Le 14e, 15e et 16e jour, 60 centigrammes.

Et ainsi de suite, en diminuant de 0,20 centigrammes tous les 3 ou 4 jours. Cette méthode a donné d'excellents résultats et cela ne nous surprendra pas, lorsque nous saurons que la quinine ainsi administrée se maintient dans le sang, en assez grande quantité, et suffisamment toxique pour les parasites jeunes encore, qui prennent naissance quelques temps avant le début de l'accès.

Lorsque nous nous trouverons en présence, soit d'un accès pernicieux, soit d'un violent accès et la femme en imminence d'avortement ou d'accouchement prématuré, nous n'hésiterons pas à prescrire la quinine, mais cette fois en injection sous-cutanée, et nous emploierons, non pas le sulfate, mais le chlorhydrate, sel soluble, à action prompte, la dose sera selon la gravité de 1 gr. 50 à 2 grammes.

En terminant, nous tenons à mentionner le nouveau traitement mixte du paludisme, par les sels arsenicaux et la quinine (1).

MM. Ravaut et de Kerdrel en font connaître les excellents résultats obtenus; voici en quoi consiste le traitement :

Dix injections intra-veineuses de novarsénobenzol à 0 gr. 15 ou 0 gr. 30 répétées tous les trois jours; entre chacune de ces piqûres, la quinine est administrée par voie veineuse ou buccale. Ils certifient que chez des malades qui avaient des accès depuis des mois, et qui résistaient à tous les autres traitements, ils ont obtenu la guérison complète, avec un état général se modifiant considérablement et une augmentation de poids des malades atteignant plusieurs kilogs en quelques semaines. Ce traitement n'a pas été jusqu'ici institué, sur des paludiques en état de grossesse, mais tout donne à supposer, que ces malades ne pourraient qu'en bénéficier.

(1) Société Méd. des Hôpitaux, 7 mars 1917.

OBSERVATIONS

Observation I. — Ile Maurice Port-Louis, 1906.
(Due à l'obligeance de mon père le Docteur H. Le Gall).

Menaces d'avortement, cessation de symptômes alarmants, grâce à l'emploi de la quinine. Accouchement à terme.

Jeune femme de 23 ans. II[e] pare; atteinte depuis deux mois d'accès de fièvre intermittente, n'a suivi aucun traitement.

Elle se contentait d'absorber de temps à autre 0,25 à 0,40 centigramme de sulfate de quinine et un purgatif quelconque.

Arrivée à son 3[e] mois de grossesse, sentant ses forces l'abandonner, et un léger œdème des pieds et de la partie inférieure des jambes s'étant manifesté (cet œdème me dit-elle disparaît pendant le repos horizontal de la nuit et n'est bien marqué que le soir), elle se décide à venir me consulter.

A l'examen, je trouve un souffle anémique, une rate grosse, et un foie légèrement hypertrophié.

Il existe de l'inappétence, et la leucorrhée est intense. En un mot, état général très mauvais.

Température rectale, 39°.

Je lui prescris du calomel et de l'huile de ricin et deux cachets de quinine de 0,50 centigramme par jour, et l'invite à venir me revoir dans trois jours.

Le soir même de la consultation, c'est-à-dire cinq ou six heures après, sa mère vient me trouver pour me dire que la malade était prise de vomissements, coliques, toux, et violents frissons, et que les mouvements du fœtus étaient nombreux.

Je me rendis immédiatement auprès de la malade, que je trouvai dans un grand état d'affaissement. Température 40°.

Je fis aussitôt une injection hypodermique de Bichl : de quinine, diète, boissons glacées, sinapisme dans région hypogastrique et potion avec cocaïne, menthol, etc.

Le lendemain matin, légère amélioration. Température 38°. Nouvelle injection de quinine répétée le soir.

Le surlendemain la température étant de 37°6, et les symptômes alarmants s'étant amendés, la malade ayant surtout bien reposé, et demandant à manger, je lui fis une dernière injection de 0,75 centigrammes. Elle fut soumise ensuite à un traitement de quinquina, arsenic, et six mois après, elle accouchait d'un enfant pesant 3 kgr. 700.

Observation II. — Ile Maurice. Rose-Hill.

(Due à l'obligeance de mon père le Dr H. Le Gall).

Accouchement prématuré. Enfant mort-né.

Je suis appelé en juin 1908, auprès de Mme X..., enceinte de 6 mois, sujette à des accès de fièvre intermittente depuis quelque temps. État général mauvais. La malade garde le lit depuis trois jours, et a eu des vomissements opiniâtres, accompagnés de coliques et de diarrhée.

Température du matin 39°2.

Urines albumineuses.

Je lui fais une injection hypodermique de bi-chlorhydrate de quinine, et la mets à la diète. Sinapisme au creux de l'estomac, et lui prescris la potion de Rivière.

Je repasse le soir. Température 41°.

Elle a ressenti dans la journée, des mouvements convulsifs de fœtus.

Nouvelle injection de quinine (cela ne faisait en tout qu'un gramme).

Les vomissements ayant cessé, mais la diarrhée persistant je formule une potion au sous-nitrate de bismuth et d'opium.

Deuxième jour, malade très abattue. Pouls petit. Délire léger. Température toujours aussi élevée. J'injecte dans les douze heures un gramme de quinine, et prescris, 0,20 centigrammes de calomel. Fort tard dans la soirée, le mari vient m'annoncer que la température est à 41° et que les vomissements ont repris, je me rends près de la malade, à la suite d'une légère hémorragie, l'accouchement prématuré eut lieu, et l'enfant vint au monde, mort-né.

Observation III. — (*Traduite de l'Anglais*), G. Dock A.-M.-M.-D.

(Phyladelphia Médical Journal, 1898).

Avortement. Fœtus mort et macéré.

Le 8 avril, Marguerite G..., âgée de 22 ans, fut admise à l'hôpital John-Sealy, à Galveston, pour fièvre intermittente.

Elle avait contracté cette fièvre, l'été précédent et était sujette depuis à des attaques de paludisme.

L'examen du sang, le matin de son arrivée démontra que beaucoup de globules sanguins, contenaient des plasmodies. Celles-ci remplissaient presque les globules avec du pigment central, ou dispersé. Il n'y avait pas de leucocytes pigmentés.

Un diagnostic de fièvre tierce fut porté, et les symptômes et la courbe thermique, le confirmèrent.

Frissons, *Fièvre*, *Sueurs* se suivaient par ordre régulier. Il y avait de la douleur de la région splénique et la palpation et la percussion dénotaient une légère hypertrophie de la rate et dans la région épigastrique.

Le traitement par la quinine fut institué à la dose de 0,25 centigrammes, quatre fois par jour.

Le 1er jour du traitement à la 3e dose, la malade fut prise de vomissements.

A midi, le lendemain, l'examen du sang montra très peu de plasmodies et peu de pigment.

La quinine fut de nouveau donnée à la dose de 0,25 centigrammes, à midi, 2, 4 et 6 heures.

La température tomba alors au-dessous de la normale, il n'y eut plus de symptômes, le sang était normal.

Le 12 avril la température s'éleva légèrement, mais l'examen du sang ne décela rien d'anormal.

La cause de cette ascension fut diagnostiquée clairement lorsque après une forte crampe au niveau de l'abdomen, un fœtus de 3 mois, mort et macéré, fut expulsé.

Observation IV. — J. Chambrelent. *Gaz : Hebd de méd. et chirurgie.* 30 juin 1894.

Réapparition d'accès palustres sous l'influence de la grossesse. Mort du fœtus. Accouchement prématuré.

La femme X..., 25 ans, sans antécédents héréditaires, présentant quelque chose de particulier à noter.

Elle se marie à 17 ans, donne naissance à un enfant à terme, qu'elle a nourri et qui s'est bien porté. Suites de couches parfaites.

Quelques mois après, elle quitte son village natal et va se fixer à Rochefort. Au bout de deux ans de séjour dans cette ville, elle contracte les fièvres intermittentes, qui y règnent à l'état endémique.

Durant six mois, elle fut en but aux accès paludéens. Ces accès ne cédèrent qu'à un traitement par la quinine, X... devint de nouveau enceinte, sa grossesse se passa régulièrement, et elle accoucha d'un enfant à terme, bien portant.

Après quatre ans de séjour à Rochefort, notre malade quitte cette ville et vient se fixer à la Rochelle, puis à Bordeaux.

Elle devint de nouveau enceinte à la fin de 1893.

Les premiers mois de sa grossesse se passent sans accidents notables.

Elle a seulement quelques vomissements. Mais bientôt cette femme voit réapparaître les accès intermittents paludéens qu'elle avait déjà éprouvés en 1887 à Rochefort.

Il y a une huitaine de jours, X... enceinte alors de six mois et qui avait nettement perçu les mouvements actifs du fœtus, est frappée par la disparition subite de ces mouvements actifs.

Quatre jours après, elle ressent des douleurs lombaires et enfin trois jours après ces douleurs, à la suite d'une marche un peu exagérée, elle se sentit tout à coup mouillée, et constata un écoulement par les organes génitaux, et d'après la description qu'elle nous donne du liquide, c'était bien du liquide amniotique.

Elle entre alors à la clinique obstétricale où elle arrive le 7 mai dans l'après-midi.

A 8 heures du soir, elle expulsait spontanément un fœtus macéré, pesant 1.280 grammes.

X... fut entourée de toutes les précautions antiseptiques, mais malgré tout le lendemain 8 mai, à 8 heures du matin, notre malade fut prise d'un grand frisson, avec une température de 40°.

Rien d'anormal du côté des organes génitaux. Ce frisson et cette température, étaient dûs à un accès paludique.

Observation V

(In thèse de Legagneur, 1909).

Accouchement prématuré. Mort du fœtus. Réveil du paludisme, suites de couches.

Je suis appelé à Cherchell, le 18 août 1904 au matin, pour donner des soins à Mme H..., 25 ans.

Cette personne est dans le coma. Un bref interrogatoire des parents, un examen rapide de la malade me permettent ds porter le diagnostic de fièvre palustre pernicieuse, contractée non loin de Cherchell il y a huit jours, en une petite localité où la malaria fait précisément en ce moment de nombreuses victimes.

Etant donné l'état très grave de la malade, et malgré qu'elle soit enceinte d'environ huit mois, je pratique immédiatement une injection de 0,25 centigrammes de caféine et 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine.

Je recherche aussitôt les bruits du cœur du fœtus et ne les perçoit pas. Le toucher vaginal permet de constater l'efface-

ment du col et une légère dilatation. *Le travail* a donc commencé bien avant l'injection de quinine.

Le soir de cette même journée, la malade n'a pas encore repris connaissance.

Injection de sérum artificiel caféiné.

Au moment de pratiquer un nouvel examen obstétrical, je remarque que le drap d'alèze a été humecté par un liquide bien moins coloré que les urines obtenues séance tenante par un cathétérisme. Je conclus à une rupture prématurée de la poche des eaux.

Le lendemain matin, 19 août, Mme H... est très agitée. Elle reprend lentement connaissance. Température 39°5. L'écoulement de liquide amniotique continue.

Le fœtus, très haut situé, se présente par le sommet. Le col est plus entr'ouvert que la veille. Le segment inférieur est flasque et très court. Le reste de l'utérus paraît plus consistant. Le myomètre est le siège de contractions lentes. Toilette. Injection vulvaire.

Nouvelle injection de 1 gramme de quinine.

19 août, soir. — La malade a moins de fièvre et toute sa connaissance. Elle accuse de violentes tranchées. L'utérus paraît se contracter activement. Le col admet facilement trois doigts; la tête fœtale est toujours très haute. Le segment inférieur s'applique assez bien sur la présentation.

20 août, matin. — La fièvre s'est rallumée, intense. Nouvelle injection de 1 gr. 50 et de sérum.

Le col, le segment inférieur, n'ont pas plus de consistance que les tissus du vagin. Par contre le corps de l'utérus est contracté sur le fœtus, toujours très haut. Le doigt avec lequel je viens d'explorer la filière génitale est enduit d'un liquide d'odeur fétide. Le travail n'avançant plus, l'œuf paraisssant infecté, je procède aux préparatifs nécessaires pour l'extraction du fœtus.

20 août, soir. — La situation n'a pas changé. La malade souffre de tranchées toujours plus violentes.

L'utérus paraît aminci. Malgré toutes les craintes que peut m'inspirer son état, je décide d'intervenir.

La main traverse facilement le col et le segment inférieur, mais est arrêtée dans sa progression par l'*Anneau de Baudl* violemment contracturé. Après de longs efforts, je parviens cependant à saisir un pied. Mais malgré des tractions soutenues, je ne parviens pas à faire évoluer le fœtus dans cet utérus absolument vide de liquide et paraissant tout prêt à se rompre.

En présence de cette difficulté, l'enfant étant mort, je pratique à très grand'peine une application de forceps suivant le méridien pariéto-malaire et j'extrais très péniblement, très lentement (20 minutes d'efforts) un enfant mort-né, du sexe masculin.

Aussitôt après l'extraction du fœtus, se produit une abondante hémorragie. Délivrance artificielle rapide. L'utérus est maintenant absolument inerte et réagit à peine aux injections très chaudes.

Les suites de couches ont été troublées par un retour du paludisme et par une infection puerpuérale de moyenne intensité, suite très probable de l'infection constatée avant l'intervention, qui fut d'ailleurs rapidement jugulée par quelques injections intra-utérines.

Observation VI.

(In thèse A. Laffont 1910).

Grossesses multiples, toujours accompagnées de mort de l'enfant.

F... F..., femme A..., 28 ans, née à Alicante (Espagne), en Algérie depuis vingt-trois ans, constitution débilitée par la fièvre paludéenne, a été enceinte quatre fois, aucun de ses enfants n'a vécu, pas de syphilis constatée. Elle contracte la fièvre pour la dernière fois, il y a trois mois et demi, à l'Oued-Soufla, village très fiévreux, et entre à l'hôpital de Mustapha le 25 juillet 1878, lit n° 32 de la salle Saint-Anne, service de la clinique obstétricale. Diagnostic : fièvre tierce et grossesse.

Comme maladie antérieure cette femme n'accuse que des fièvres paludéennes et présente cette particularité, qu'elle n'a jamais été atteinte de fièvre que pendant l'état de grossesse.

En dehors de cet état, elle n'a jamais éprouvé le moindre malaise.

Pendant les grossesses antérieures la fièvre ne l'a pas quittée. Deux de ses enfants sur quatre sont arrivés à peu près à terme, les deux autres dans le huitième mois. Aucun des quatre n'est vivant : le premier est mort vingt-trois jours après la naissance, il était tout enflé; le second et le troisième sont morts dans le courant du troisième mois, le quatrième a vécu cinq mois et a toujours été jaune d'après ce que raconte sa mère. Celle-ci n'offre ni tuberculose ni affection cardiaque.

Anémie profonde, double bruit aux jugulaires droites, fièvre tierce, qui a résisté au sulfate de quinine et aux préparations arsenicales. Face bouffie, teinte jaune-paille, muqueuses décolorées, affaissement considérable, dyspnée, œdème de la vulve et des malléoles, albuminerie, splénomégalie, pas d'ascite appréciable. Depuis plus d'un mois la malade ne quitte pas le lit et tout fait prévoir une issue funeste.

Le 12 septembre 1878, notre malade après un travail de onze heures, expulse un enfant mort-né du poids de 1.800 grammes. Elle mourut le 14, deux jours après l'accouchement et son autopsie ne révèle, outre les désordres viscéraux consécutifs à la cachexie paludéenne, que l'absence d'involution utérine. L'organe tout entier est exsangue, très volumineux et n'offre aucune déchirure. Cette femme a succombé à la cachexie palustre.

Observation VII.

(Bernasconi, interne hôpital de Mustapha).

Accouchement prématuré. Enfant né viable, meurt quelques heures après la naissance.

M... Louise, 32 ans, ménagère, entre à l'hôpital le

8 novembre 1900. Elle est enceinte de 7 mois et est impaludée depuis 7 mois également. Elle a eu 3 enfants, et jamais de fausses-couches. Tout d'abord les accès survenaient irrégulièrement, mais depuis deux mois la fièvre est devenue quotidienne.

Un médecin lui aurait administré à un moment 2 ou 3 grammes de quinine. Mais elle ne prit plus de ce médicament.

La fièvre persistant, elle entre à l'hôpital où l'on constate sa paleur, et son profond amaigrissement.

Les urines ne renferment pas d'albumine, mais de l'urobiline.

La température se met à baisser, mais les lipothymies devenant fréquentes, on fait une injection de sérum artificiel le 11 novembre à 10 heures du matin.

A 1 heure de l'après-midi, la malade est prise des douleurs de l'accouchement, et elle expulse un enfant du sexe masculin, né viable, mais très faible. Cet enfant, mis en couveuse, meurt quelques heures après sa naissance.

Pendant trois jours, suites de couches normales, mais le 14 novembre, la température monte à 38° le soir, avec transpirations. Les lochies ne sont nullement fétides.

L'utérus, ce jour, était en bonne voie de rétraction et il n'y avait aucune sensibilité dans la sphère génitale.

Le foie et la rate sont légèrement tuméfiés et sensibles. Les muqueuses conjonctivales et gingivales sont absolument décolorées.

Le 15, l'accès de fièvre reparaît plus intense et nous faisons une injection sous-cutanée de 1 gramme de chlorhydrate de quinine, en prescrivant de donner les jours suivants 1 gramme de quinine par la voie buccale.

Les lochies devenant légèrement fétides, nous pratiquons trois injections intra-utérines de mno^4k.

Le 17, le 18, nouveaux accès vespéraux.

En dehors de ces accès, la malade se sent bien et demande à manger. Nous abandonnons la voie buccale pour la voie sous-cutanée, et nous injectons 1 gramme de chlorhydrate de quinine.

La fièvre se jugule aussitôt, et les lochies redeviennent inodores, et la malade se remet progressivement.

Observation VIII (Résumée). — JACQUEMIER.

Paludisme congénital.

Jeune femme atteinte de fièvre quarte pendant sa grossesse. Après un violent paroxysme, elle accoucha d'une fille qui pendant sept semaines présenta des accès violents à la même heure que sa mère.

Observation IX (BOUCHUT).

Paludisme congénital.

Une fille de Lille, paludique, devint enceinte peu de temps après avoir contracté ce mal, accoucha à terme d'un enfant paludique, qui était débile, avec un ventre gros et distendu, et qui mourut à l'âge de 22 mois. On fit son autopsie, et on constata une rate énorme pesant neuf livres.

Observation X (DUPUY).

La nommée P... Julia, 27 ans, accouche d'un enfant mort-né, qui paraît avoir de 7 à 8 mois et qui est mort depuis quatre ou cinq jours.

Depuis le deuxième mois de sa grossesse, la femme P... a souffert de fièvres intermittentes.

Observation XI (DUMOLLARD et VIALLET).

Accouchement prématuré. Mort de l'enfant quelques heures après la naissance.

La nommée D... âgée de 31 ans, entre à l'hôpital civil de Mustapha, salle Bouillaud, le 12 août 1908.

Elle vient directement de Lavaraude (pays fiévreux) qu'elle

habite depuis de nombreuses années, sans avoir cependant jamais contracté les fièvres. Il y a quatre jours la maladie a débuté subitement par des phénomènes généraux et de la fièvre. C'est pour cette raison que la malade vient à l'hôpital.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Mariée à 25 ans, elle a eu trois enfants bien portants. Jamais de fausse-couche. Elle est encore enceinte actuellement dit-elle, de sept mois environ, assertion que confirme l'examen.

La maladie actuelle a débuté il y a quatre jours, subitement. Le dimanche 9 août, à 4 heures du matin, la malade est réveillée par de violents maux de tête, des vertiges, des nausées et de la fièvre. Elle essaie de se lever, mais elle perd connaissance. On la recouche et la fièvre terminée par des sueurs abondantes, dure jusqu'à 8 heures du matin.

La malade très affaiblie, n'a cependant plus de fièvre jusqu'au lundi soir 10 août. Ce jour-là à 4 heures du soir, un nouvel accès apparaît qui dure deux heures, avec grandes transpirations.

Mardi 11 août. Accès de 7 heures à 11 heures du matin.

Mercredi 12 août. Transportée à l'hôpital, elle a un nouvel accès en route.

La nuit du 12 au 13 se passe bien, et le 13 au matin, nous nous trouvons en présence d'une femme sans fièvre actuelle, mais très anémiée.

Cette anémie intense, une splénomégalie assez marquée, une légère teinte subictérique généralisée, nous mettait en présence d'un syndrome d'ictère hémolytique assez fréquent dans le paludisme. L'examen du sang révéla la présence d'hématozoaires.

Le 14, après une journée satisfaisante, la malade est prise d'un accès de fièvre vers les 7 heures du matin, avec frissons, stupeur, et léger délire.

A 9 heures du matin, lorsque nous voyons la malade, l'état semble très grave, et faisons immédiatement la prescription suivante :

Chlorhydrate de quinine, 2 grammes.

Sérum stérilisé à 7/1000, 200 centimètres cubes.

A injecter dans le courant des 24 heures par 20 centimètres cubes toutes les deux heures environ.

La fièvre tombe à 8 heures du soir, la nuit est assez bonne.

Le 15 août, on devait administrer encore 1 gr. 50 de quinine, lorsque vers les 2 heures de l'après-midi des douleurs abdominales se produisent subitement, et la malade accouche prématurément, en quelques minutes, sans complication et sans hémorragie d'un enfant du sexe masculin. L'enfant vient au monde vivant et respire une heure environ, au bout de laquelle il meurt.

L'examen du sang met en évidence de nombreux hématozoaires. Le placenta et le cordon aussi en contenaient. Ces hématozoaires étaient analogues à ceux trouvés dans le sang de la mère.

Mais pendant cette journée du 15, en présence de cet accident, il ne fut malheureusement pas donné de quinine, et le 16 un nouvel accès soporeux, très grave, se montrait.

L'état semblait presque désespéré. A la visite du 16, nous ordonnions trois injections intra-fessières de 0,50 centigrammes de quinine à 11 heures du matin, 4 heures et 10 heures du soir.

Le 17 août, légère amélioration. On donne 2 grammes de quinine dans 200 centimètres cubes de sérum, en dix injections sous-cutanées, 20 centimètres cubes toutes les deux heures. Pas d'accès.

Le 18 août amélioration manifeste. Quinine 1 gr. 50 dont une piqûre de 0,50 centigrammes et quatre cachets de 0 gr. 25 pris à intervalle dans la journée. Pas d'accès. Un peu de fièvre, mais sans frissons.

Le 19 août, la malade toujours très fatiguée, mais nous donne l'impression qu'elle est sauvée. Elle se plaint d'une douleur abdominale gauche. Pas d'accès. Quatre cachets de 0.25 centigrammes de quinine.

Le 20 août, prise de sang, pas d'hématozoaire, pas de quinine.

A partir de ce moment, la malade n'a plus d'accès. Le *24 août*, fièvre légère, mais sans accès. Etat général bon

Les 25, 26, 27 août, quinine 1 gr. 50 en six cachets de 0,25 centigrammes.

Le 3 septembre, phlébite jambe gauche, fièvre, œdème, douleurs. Immobilisation, friction au collargol. Rien du côté de l'utérus. Malgré cette complication, l'état général se relève de plus en plus, et un mois plus tard on peut la considérer comme guérie, sous l'influence de la quinine donnée.

Observation XII. (Duboué).

Accouchement prématuré. Enfant mort-né.

Le 5 octobre 1886, je fus appelé à huit kilomètres de Pau, auprès d'une femme d'une trentaine d'années, enceinte de six mois et demi environ. Quelques jours auparavant, elle avait été prise à la suite d'un refroidissement et de fatigues exagérées, d'une fièvre intermittente que je constate encore au moment de mon arrivée. La fièvre quoique continue a des redoublements marqués et très réguliers et je ne puis constater avec cela, aucune lésion organique propre à l'expliquer.

Je donne 75 centigrammes de sulfate de quinine chacun des deux premiers jours, et voyant que la fièvre ne change pas de caractères, je porte la dose à 1 gramme le troisième jour (7 octobre).

Cette dernière dose est continuée jusqu'au 9 inclusivement, et comme j'observe ce jour-là, une amélioration notable, je suspends la médication, et ne revois la malade que deux jours après.

Or, le 9, j'avais ausculté notre malade, et avais constaté très nettement les battements du cœur du fœtus, comme les jours précédents; le 10 et le 11, je ne la revois pas et le 12, je suis appelé auprès d'elle, pour une recrudescence, ou mieux, pour une réapparition de fièvre. Ce même jour, je pratique de nouveau l'auscultation sans pouvoir entendre les battements du cœur fœtal, ni les mouvements actifs que j'avais très distinctement observés jusqu'au 9 octobre. Les jours suivants, la fièvre persiste, malgré l'administration journalière de la même dose de quinine, seulement elle est

séparée par des intermissions plus franches et plus longues, et revêt le type tierce, parfaitement marqué, sans offrir le moindre caractère de gravité, elle semble rebelle à la médication spécifique, et je suis obligé le 14 et le 15 octobre de donner le quinquina en potion, toujours à la même dose, 1 gramme. Dans la nuit du 15 au 16, notre malade accouche d'un fœtus mort-né. Grâce aux altérations, on reconnaît que la mort ne remonte pas au-delà de quelques jours, et en rapprochant cette circonstance des données si précieuses fournies par l'auscultation, je puis exactement préciser la date de la mort du fœtus, que j'avais dû annoncer d'avance. Elle a eu lieu le 10 ou le 11 octobre, probablement le 11, et il est remarquable qu'elle ait juste coincidé avec l'interruption du traitement de la veille, et du jour même.

La mère après avoir accouché très heureusement le 16 octobre, n'a pas tardé à se rétablir, le traitement par le sulfate de quinine ayant été continué pendant quelques semaines.

CONCLUSIONS

Nous avons voulu démontrer dans cette étude que nous venons de faire, que ;

1° Le paludisme peut se contracter à tout âge de la grossesse.

2° La grossesse ne crée pas une immunité à l'égard du paludisme.

3° Par la dépression qu'elle exerce sur l'organisme, la grossesse prépare un terrain favorable au développement du germe paludique.

4° La grossesse surajoute son action anémiante à celle du paludisme, d'où il en résulte parfois une « cachexie précoce. »

5° L'influence néfaste du paludisme sur la grossesse, se traduit la plupart du temps par l'avortement ou l'accouchement prématuré.

6° La mort du fœtus précède le plus souvent l'interruption de la grossesse.

7° L'influence réciproque de la grossesse sur le paludisme existe et se traduit parfois par un réveil des accès.

8° La transmission du germe paludique de la mère au fœtus *in utero*, est aujourd'hui un fait indéniable.

9° Le traitement par la quinine, dans tous les cas, doit être institué, sous ses différentes formes, et cela sans craindre de provoquer des accidents.

Vu : le Président,
BAR

Vu : le Doyen,
POUCHET

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Auvart. — *Traité d'accouchements*, 1898.

P. Bar. — *Pratique de l'art des accouchements*, 1907.

Blin. — Le Paludisme à Mayotte (*Annales d'hygiène et de Médecine Coloniale*, 1905).

Bonfils. — Thèse de Paris 1885.

Burdel. — 1. *Recherches sur les fièvres paludéennes*, 1864. — 2. Névrose cardiaque et tellurique (*Annales de Gynécologie*, 1876).

Cordamatis. — Rapports du paludisme avec la grossesse. (*Bull. Médical*, 12 décembre 1903).

Capuron. — *Traité de l'Art des Accouchements*, 1811.

Chambrelent. — Paludisme et grossesse. *Gazette Hebd. de Méd. et de chirurgie*, 1894.

Crespin. — Paludisme et puerpueralité. *Bull. Médical*, 16 septembre 1901.

Casset. — *Récidive de fièvre intermittente par traumatisme puerpuéral*, Paris 1891.

Dock. — *Avortement par malaria.* (Philadelphia méd. journal 1898).

Duboué. — *De l'impaludisme*, 1867.

Dubrisay et Jeannin. — *Précis d'Accouchements*, 1907.

Dupuy. — Montpellier 1879.

Fry. — Fièvre puerpuérale malarique. *Ann. Journ. Obst.*, 1897.

J. Franck. — *Traité de Patologie Interne*, 1791.

Gaide. — Rôle du paludisme en obstétrique. *Ann. d'hyg. et de méd.*, Col. 1905.

Hippocrate. — Des Eaux, Des Airs, Des Lieux. *Trad. Littré*, t. II, p. 20, 1840.

Hoffmann. — *Des accouchements*, Paris, 1835.

Jacquemier. — *Manuel des accouchements et des femmes grosses et accouchées*, Paris 1846.

Kielsch et Kiener. — *Traité des maladies des pays chauds.*

Kerdrel. — *Société méd. des hôpitaux*, 7 mars 1917.

Laffont. — *Paludisme congénital héréditaire* (Thèse de Paris, 1910).

Laveran. — *Traité du paludisme*, 1907.

Legagneur. — *Rétraction de l'anneau de Bandl dans certains cas de paludisme*, Paris, 1910.

Lasfargues. — *Paludisme et grossesse* (Montpellier, 1891).

Mauriceau. — *Observations sur grossesses et accouchements*, 1728.

Maurer. — La quinine en obstétrique. (*Deutsch. Méd.*, Woch 1907).

Maigrier et Schwab. — *Précis d'obstétrique.*

Merz. — *Rapports de la malaria avec la grossesse.* (Travaux du Comité d'Alger 1893).

Patrick-Manson. — *Maladies des pays chauds.*

Playfair. — Edimbourg : Med : *Journal*, 2e partie, p. 901.

Pitre-Aubinais. — *Gazette Médicale*, 1856.

Ribemont, Dessaignes et Lepage. — *Précis d'obstétrique.*

Ritter. — En Wirchow, *Archiv.* 1867, t. XXXIX.

Sereni. — *Paludisme et grossesse. Bull. de l'Acad., Med. di Roma*, XXIX.

Tissier et Brumpt. — *Archives d'obstétrique et de gynécologie*, février 1913, p. 610.

Verneuil. — *Des maladies pendant la grossesse.* (Thèse de Paris 1848).

Weatherly. — Cong. *Med. Inde*, Calcutta, 1894.

Coulommiers. — Imp. Dessaint & Cie, 41, rue de Melun.